







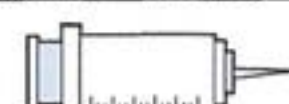







様

手術日 平成 年 月 日

患者、家族サイン

診療計画書(温存)

	術前	術後	1ヶ月	2ヶ月	3ヶ月	4ヶ月	5ヶ月	6ヶ月	7ヶ月	8ヶ月	9ヶ月	10ヶ月	11ヶ月	12ヶ月
来院日	泉大津市立病院	クリニック	月 日	月 日	月 日	月 日	月 日	月 日	月 日	月 日	月 日	月 日	月 日	月 日
診察	乳腺外来 / 時~													
	麻酔科受診 / 時~													
血液検査	採血いたします	採血いたします 												
検査	胸部レントゲン	乳腺エコー			○			○			○			○
	心電図	腹部エコー						○						○
	肺機能検査	胸部レントゲン			○			○			○			○
	胸部CT	骨密度												○
	腹部エコー	マンモグラフィー												○
	肺機能検査	胸部CT												○
	胸部MRI( / ) 時 分	その他												
内服		定期薬を処方します 												
注射		注射をいたします 												
説明		検査結果を説明します 												
その他	手術の説明 (クリニックで) 月 日 時~ 退院2~3日後 クリニックで診察 ( 月 日)	リニアック(25回) 月 日開始												

\* 状況に応じて予定が変更になる場合があります。ご不明な点がございましたら、医師、看護師にお尋ね下さい。